**BIURO PIAST TOURIST CZĘSTOCHOWA Paweł Porzycki  
Częstochowa, ul. Krakowska 46, tel. 608 376 484,** [**kontakt@piasttourist.pl**](mailto:kontakt@piasttourist.pl)---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU   
OBÓZ DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ 2021**

\* Prosimy o wpisanie odpowiedniego terminu turnusu!

**1. 15.01. – 21.01.2023 r.**

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPOCZYNKU**

1. Forma wypoczynku - Obóz ZIMOWY 2023

2. Adres – **ORW KRYWAŃ, 34-531 Murzasichle, ul. Sądelska 121B**

3. Czas trwania wypoczynku od ................................ do ................................ **TURNUS: ……**

Podpis organizatora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka .........................................................................................................  
2. Imiona i nazwiska rodziców …………………………………………………………………………………………….

3. Rok urodzenia ......................................, numer PESEL uczestnika …………………………………………

4. Adres zamieszkania ..............................................................................................................  
5.Adres zamieszkania, pobytu rodziców ……………………………………………………………………………  
6. Numer telefonu rodziców podczas trwania wypoczynku ………………………………………………..  
 e-mail ……………………………………………………………………….

...................... ........................................

(miejscowość, data) (podpis ojca, matki lub opiekuna)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Informacja o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczestnika wypoczynku, w szczególności   
o potrzebach wynikających z niepełnosprawności, niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

8. Istotne dane o stanie zdrowia uczestnika wypoczynku, rozwoju psychofizycznym i stosowanej diecie (np. na co uczestnik jest uczulony, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

..................................................................................................................................................................................... ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................

o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień):

tężec ................, błonica …………..., dur ..................., inne .................

.................................. ………………………………………………………

(data) (podpis rodziców/pełnoletniego uczestnika wypoczynku)

**III. DECYZJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA**

**WYPOCZYNKU DO UDZIAŁU W WYPOCZYNKU**

Postanawia się

zakwalifikować i skierować uczestnika na wypoczynek   
 odmówić skierowania uczestnika na wypoczynek ze względu

.

............................ …………………………………..

(data) (podpis organizatora wypoczynku

**IV. POTWIERDZENIE PRZEZ KIEROWNIKA WYPOCZYNKU POBYT**

**U UCZESTNIKA WYPOCZYNKU W MIEJSCU WYPOCZYNKU**

Uczestnik przebywał  
..................................................................................................................

(adres miejsca wypoczynku)

od dnia (dzień, miesiąc, rok) ............................ do dnia (dzień, miesiąc, rok) ..................................

.

......................................... …………………………………..

(data) (podpis kierownika wypoczynku)

**V. INFORMACJA KIEROWNIKA WYPOCZYNKU O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA**

**WYPOCZYNKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU ORAZ O CHOROBACH PRZEBYTYCH   
W JEGO TRAKCIE**

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…………………. …………………………….

(miejscowość, data) (podpis kierownika wypoczynku)

**VI. INFORMACJE I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY WYPOCZYNKU DOTYCZĄCE**

**UCZESTNIKA WYPOCZYNKU**

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

................................... ……………………………………

(miejscowość, data) (podpis wychowawcy wypoczynku)

**INFORMACJE DLA RODZICÓW**

**VII. Warunkiem wpisania na listę uczestników obozu jest wypełnienie i podpisanie przez klienta, którym jest rodzic lub prawny opiekun dziecka lub osoba pełnoletnia KARTY KWALIFIKACYJNEJ   
i wysłanie jej pocztą, e - mailem lub dostarczenie osobiście oraz wniesienia zadatku w wysokości 500 zł. Dopiero to jest formą 100% rezerwacji. Klient zobowiązany jest do uiszczenia całości kosztów do 7 dni przed rozpoczęciem obozu.**

**Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w zajęciach organizowanych poza terenem ośrodka.  
Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka we wszystkich zajęciach organizowanych  
w ramach obozu zimowego  
Wyrażam zgodę na użycie wizerunku mojego dziecka w materiałach promocyjnych biura  
Zapoznałem się z regulaminem i programem obowiązującym podczas obozu**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wypoczynku (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

............................................ ...............................................  
 miejscowość i data podpis rodzica/opiekuna

WPŁATY PROSIMY DOKONYWAĆ NA RACHUNEK BANKOWY:  
**02 1050 1142 1000 0097 3937 6060  
Roman Kowalczyk**

**UCZESTNIK OBOZU POWINIEN POSIADAĆ:**

- strój kąpielowy na basen  
- strój dostosowany do warunków pogodowych.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji  Narodowej (w sprawie warunków, jakie muszą spełniać organizatorzy wypoczynku dzieci i młodzieży szkolnej, a także zasad jego organizowania i nadzorowania) nasze obozy są zgłaszane do śląskiego Kuratorium Oświaty i każdorazowo przechodzą kontrolę Państwowej Powiatowej Stacji Epidemiologicznej.

**Prosimy o dokładne wypełnienie Karty Kwalifikacyjnej!**